

---

# ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ ДИСТАЛЬНОЙ СИММЕТРИЧНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИКОСТНЫМИ БЛОКАДАМИ

Л.Е. Корнилова, Н.А. Арсюхин,  
Е.Л. Соков

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии  
Российский университет дружбы народов  
ул. Вавилова, 61, корп. 8, Москва, Россия, 117292

Представлены результаты исследования динамики показателей электронейромиографии при лечении болевой дистальной симметричной диабетической полинейропатии под воздействием внутрикостных блокад.

**Ключевые слова:** внутрикостные блокады, дистальная симметричная диабетическая полинейропатия, электронейромиография.

Наиболее частой формой диабетической нейропатии является дистальная симметричная диабетическая полинейропатия (ДСДП). До 32% случаев ДСДП сопровождается нейропатическим болевым синдромом. Электронейромиография (ЭНМГ) позволяет диагностировать субклиническую форму ДСДП, ключевыми параметрами ЭНМГ являются амплитуда М-ответа (для моторных волокон), либо S-ответ (для сенсорных волокон) и скорость проведения импульса (СПИ) [1].

**Цель исследования:** сравнить динамику показателей электронейромиографии у пациентов с болевой дистальной симметричной диабетической полинейропатией при использовании в комплексном лечении внутрикостных блокад и амитриптилина.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением в ГКБ № 64 находились 40 пациентов, страдающих болевой формой ДСДП. Они были разделены на 2 группы: основную и контрольную.

Основная группа (3 мужчины и 17 женщин) с целью купирования болевого синдрома получала внутрикостные блокады (ВКБ) [2] в комплексе с внутривенным введением пентоксифиллина и внутримышечным введением тиамин. Средний возраст пациентов составил  $62,4 \pm 7,0$  года. Средняя длительность СД составила  $11,0 \pm 8,6$  лет. Средний уровень гликозилированного гемоглобина крови (HbA1c) был равен  $7,5 \pm 1,7\%$ . Контрольная группа (3 мужчины и 17 женщин) с целью купирования болевого синдрома перорально получала амитриптилин в дозе 50 мг/сутки в течение 1 месяца в комплексе с внутривенным введением пентоксифиллина и внутримышечным введением тиамин. Средний возраст пациентов составил  $62,1 \pm 9,4$  года. Средняя длительность СД составила  $10,1 \pm 7,9$  лет. Средний уровень гликозилированного гемоглобина крови (HbA1c) был равен  $7,6 \pm 1,5\%$ .

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту пациентов, по половому составу, по длительности сахарного диабета и уровню гликозилиро-

ванного гемоглобина. Всем пациентам были проведены детальный сбор анамнеза, клинический и электронейромиографический методы исследования. Диагноз болевой ДСДП подтверждался путем неврологического осмотра и электронейромиографического обследования. Оценивались амплитуды М-ответа большеберцового и малоберцовых нервов и S-ответа икроножного нерва, СПИ по большеберцовому и малоберцовому нервам на обеих ногах. Вычислялись средние арифметические величины значений на основе данных с обеих сторон. Эффективность лечения оценивалась путем анализа изменений электронейромиографических показателей до и после курса терапии. Для статистического анализа использовалась статистическая программа SPSS 11.0.

**Результаты исследования.** Были получены следующие электронейромиографические данные.

Таблица 1

Динамика показателей ЭНМГ

Показатель	До лечения		После лечения	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Амплитуда М-ответа <i>n. tibialis</i> , мВ	3,8 ± 2,3	3,4 ± 1,6	4,6 ± 2,0*	3,4 ± 1,4
Амплитуда М-ответа <i>n. peroneus</i> , мВ	2,5 ± 1,3	2,8 ± 1,5	3,0 ± 1,6*	2,8 ± 1,3
Амплитуда S-ответа <i>n. suralis</i> , мкВ	2,1 ± 2,0	2,4 ± 2,4	3,2 ± 2,7*	2,3 ± 2,3
СПИ по большеберцовому нерву, м/с	44,5 ± 6,5	45,2 ± 5,3	46,7 ± 6,7*	44,0 ± 6,3
СПИ по малоберцовому нерву, м /с	46,7 ± 7,3	44,3 ± 5,4	47,0 ± 7,4	43,6 ± 5,2

Примечание: \*  $p < 0,05$ , достоверно выше по сравнению с показателем до лечения.

Согласно данным табл. 1, в основной группе под воздействием ВКБ в составе комплексной терапии произошло достоверное увеличение амплитуд М-ответа большеберцового и малоберцового нервов, амплитуды S-ответа икроножного нерва и СПИ по большеберцовому нерву ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе после лечения не выявлено статистически достоверных изменений электронейромиографических показателей.

Осложнений от внутрикостных блокад не было.

**Выводы.** Применение внутрикостных блокад приводит к достоверному улучшению электронейромиографических показателей при болевой дистальной симметричной диабетической полинейропатии.

## ЛИТЕРАТУРА

- [1] Левин О.С. Полиневропатии (клиническое руководство). — М.: Медицинское информационное агентство, 2006.
- [2] Соков Е.Л., Корнилова Л.Е. Внутрикостный блокады — инновационный метод лечения в неврологии // Боль, М. — 2008. — № 4. — С. 43—49.

## **DYNAMICS OF ELECTRONEUROMYOGRAPHIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH PAINFUL DISTAL SYMMETRICAL DIABETIC POLYNEUROPATHY UNDER INTRAOSSEUS BLOCKADES**

**L.E. Kornilova, N.A. Arsyuhin,  
E.L. Sokov**

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery  
Peoples' Friendship University of Russia  
*Vavilov str., 61, Moscow, Russia, 117292*

This article presents the dynamics of electroneuromyographic parameters in the treatment of distal symmetrical diabetic polyneuropathy under intraosseous blockades.

**Key words:** intraosseous blockades, distal symmetrical diabetic polyneuropathy, electroneuromyography.